

Anketni list za liječenje u hitnom slučaju kod osoba koje ne razumiju jezik Fragebogen zur Notfallbehandlung bei Sprachbarriere

Datum:

Datum: _____

Pacijent (prezime, ime):

Patient (Name, Vorname): _____

Datum rođenja:

Geburtsdatum: _____

Odgovorite na sljedeća pitanja:

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen:

Gdje osjećate bolove? Gornja čeljust desno lijevo sprijeda straga
Wo haben Sie Schmerzen? Oberkiefer rechts links vorne hinten
 Donja čeljust desno lijevo sprijeda straga
Unterkiefer rechts links vorne hinten

Koliko dana patite od tih bolova? 1 dan 2 dana 3 dana više od 3 dana
Wie viele Tage haben Sie diese Schmerzen schon? 1 Tag 2 Tage 3 Tage mehr als 3 Tage

Koliko su jaki ti bolovi? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Wie stark sind Ihre Schmerzen? (1 = slabi, 10 = neizdrživi) (1 = schwach, 10 = nicht mehr auszuhalten)

Opišite bol: tupa bode pulsirajuća povremena stalna
Beschreiben Sie den Schmerz: dumpf stechend klopfend zeitweise ununterbrochen

Da li imate „debele obraze“ (apsces ili nakupina gnoja)? da ne
Haben Sie eine "dicke Backe" (Abszess, Eiteransammlung)? ja nein

Od kad imate „debele obraze“? 1 dan 2 dana 3 dana više od 3 dana
Seit wann haben Sie eine "dicke Backe"? 1 Tag 2 Tage 3 Tage mehr als 3 Tage

Da li uzimate medikamente da ne
Nehmen Sie Medikamente? ja nein

Da li kod sebe imate medikamente? da ne
Haben Sie Medikamente dabei? ja nein

Tablete protiv bolova? da ne
Schmerztabletten? ja nein

Ako da, koje: _____
Wenn ja, welche:

Antibiotike? da ne
Antibiotika? ja nein

Ako da, koje: _____
Wenn ja, welche:

Razrjeđivači krvi? da ne
Blutverdünner? ja nein

Ako da, koji: _____
Wenn ja, welche:

Potrebni koraci

Notwendige Maßnahmen:

Sljedeće napomene popunjava zubar:

Nachfolgende Hinweise sind vom Zahnarzt auszufüllen:

Sljedeće mjere želim izvršiti u vašem slučaju:

Folgende Maßnahmen möchte ich bei Ihnen durchführen:

Izrada rendgenske snimke
Anfertigung einer Röntgenaufnahme

Vađenje zuba
Zahn muss gezogen werden

Stavljanje plombe (punjenje zuba)
Zahn benötigt eine Füllung

Liječenje korijena zuba
Zahn benötigt eine Wurzelfüllung

Inekcija za neosjetljivost zuba
Betäubungsspritze für den Zahn

Apsces se mora zarezati
Abszess muss aufgeschnitten werden

Nemam više pitanja za zubara i pristajem na označene korake.

Ich habe keine weiteren Fragen an den Zahnarzt und bin mit den angekreuzten Maßnahmen einverstanden.

da ne
ja nein

Potpis pacijenta: _____

Unterschrift Patient:

Potrebna je dodatni termin liječenja/ kontrolni termin.

Ein weiterer Behandlungstermin/Kontrolltermin ist nötig.

Ponovo dođite _____ u _____ časova u ordinaciju.

Bitte kommen Sie am ... um ... Uhr erneut in die Praxis.

Uputnica za kirurge koji operiraju usta, čeljust i lice radi dalje obrade

Überweisung an Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen zur Weiterbehandlung.

Postoji potreba za dodatnim liječenjem za koje nije moguće podmirenje troškova prema Zakonu o uslugama za azilante

Es besteht weiterer Behandlungsbedarf, für den eine Kostenübernahme nach dem Asylbewerberleitungs-Gesetz nicht möglich ist.

Pečat ordinacije
Praxisstempel

Napomene:

Hinweise:

U sljedećem terminu dovedite osobu koja će prevoditi.

Ako još niste predali, ponesite sertifikat o liječenju.

Bitte bringen Sie für den kommenden Termin eine sprachkundige Person mit.

Sofern noch nicht eingereicht, bringen Sie bitte den Krankenbehandlungsschein mit.